

MẪU ĐƠN CHỨNG NHẬN VỀ VẤN ĐỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ TRỢ GIÚP TẠI NHÀ (IHSS)

A. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI NẠP ĐƠN XIN/NGƯỜI THỤ HƯỞNG (Do quận-hạt hoàn tất)

Tên của Người Nạp Đơn Xin/Người Thụ Hưởng:

Ngày Sinh:

Địa Chỉ:

Quận-Hạt Nơi Cư Ngụ

Hồ Sơ IHSS Số:

Tên của Cán Sự IHSS:

Số Điện Thoại của Cán Sự IHSS:

Số Fax của Cán Sự IHSS:

B. CHO PHÉP PHỔ BIẾN THÔNG TIN VỀ VIỆC CHĂM SÓC SỨC KHỎE (Do người nạp đơn xin/người thụ hưởng hoàn tất)

Tôi, _____, (VIẾT TÊN BẰNG CHỮ IN) cho phép tiết lộ cho chương trình Dịch Vụ Trợ Giúp Tại Nhà các thông tin về việc chăm sóc sức khỏe liên quan tới tình trạng thể lực và/hoặc tinh thần của tôi, nếu việc tiết lộ đó có liên quan tới nhu cầu được sử dụng các dịch vụ chăm sóc tại nhà/liên hệ và cá nhân của tôi.

Ký tên:

(NGƯỜI NẠP ĐƠN XIN/NGƯỜI THỤ HƯỞNG HOẶC NGƯỜI GIÁM HỘ/BẢO QUẢN HỢP PHÁP)

Ngày: ____ / ____ / ____

Nhân chứng (nếu người trên đây ký tên bằng dấu "X"): _____

Ngày: ____ / ____ / ____

GỬI: CHUYÊN VIÊN CHĂM SÓC SỨC KHỎE CÓ BẰNG HÀNH NGHỀ *

Cá nhân có tên ghi trên đây đã nộp đơn xin hưởng hoặc hiện đang thụ hưởng các dịch vụ của chương trình Chương Trình Dịch Vụ Trợ Giúp Tại Nhà (IHSS). Luật Tiểu Bang đòi hỏi rằng, để được phép nhận hưởng hoặc tiếp tục nhận hưởng các dịch vụ IHSS, thì phải có một chuyên viên chăm sóc sức khỏe có bằng hành nghề cấp một giấy chứng nhận về vấn đề chăm sóc sức khỏe, trong đó xác nhận rằng cá nhân trên không có khả năng thi hành một số hoạt động nào đó trong sinh hoạt thường ngày một cách độc lập được, và nếu không có IHSS, đương sự sẽ có nguy cơ bị gửi đến một nơi chăm sóc bên-ngoài-nhà-mình. Giấy chứng nhận về chăm sóc sức khỏe này phải được hoàn tất và gửi trả về cho cán sự IHSS có liệt kê tên trên đây. Cán sự IHSS sẽ sử dụng các thông tin được cung cấp để giám định về tình trạng hiện tại của cá nhân trên và về nhu cầu của đương sự trong trường hợp phải đến một nơi chăm sóc bên-ngoài-nhà nếu đương sự không được cung cấp dịch vụ IHSS. Viên cán sự IHSS là người có trách nhiệm cho phép hưởng dịch vụ và quyết định về số giờ hưởng dịch vụ. Các thông tin được cung cấp trong đơn này sẽ được coi như là một yếu tố của nhu cầu sử dụng dịch vụ, và mọi tài liệu chứng từ có liên quan đều phải được cứu xét khi quyết định về IHSS.

IHSS là một chương trình nhằm giúp những người nào lớn tuổi, mù lòa, và mất năng lực/tàn tật nào có nhiều rủi ro bị gửi đến những nơi chăm sóc bên-ngoài-nhà-mình, được an toàn ở lại nhà của chính mình, bằng cách cung cấp cho họ những dịch vụ chăm sóc trong nhà/có liên hệ và mang tính cách cá nhân. Các dịch vụ IHSS bao gồm: dọn dẹp nhà cửa, nấu nướng đồ ăn, rửa chén bát, giặt giũ áo quần thường dùng, đi mua sắm thực phẩm hoặc các thứ cần dùng khác, trợ giúp về hít thở, đi tiêu đi tiểu, xúc mớm đồ ăn, tắm rửa tại giường, thay-mặc áo quần, chăm sóc về kinh nguyệt, trợ giúp di chuyển bằng xe lăn, chuyển xe, tắm rửa và chải gội, xoa bóp da dẻ, và nâng đỡ nằm ngồi ngay ngắn lại, chăm sóc/trợ giúp về các bộ phận giả trên cơ thể, đưa đi khám bác sĩ khi có hẹn/khám bệnh theo cách khác, giảm thiểu chướng ngại ngoài sân, dọn dẹp nặng, giám sát bảo vệ (quan sát các hành vi của một người không tự định hướng được, đầu óc hoang mang, tinh thần suy yếu hoặc có bệnh tâm thần, và can thiệp thích đáng để bảo vệ người hưởng chương trình đó khỏi bị chấn thương, gặp hiểm nghèo bất ngờ hoặc tai nạn), và dịch vụ bán-y-tế (những công tác này yêu cầu một khả năng suy xét do đã được một chuyên viên chăm sóc sức khỏe có bằng hành nghề huấn luyện, chẳng hạn như biết cho uống thuốc, chích vào da, v.v., những điều mà một người bình thường có thể tự làm được cho bản thân mình, nếu họ không có những hạn chế về chức năng của cơ thể, và những điều này cần thiết để duy trì sức khỏe của người bệnh, do tình trạng thể lực hoặc tinh thần của họ). Chương trình IHSS cung cấp sự trợ giúp thực hành và/hoặc qua lời nói (nhắc nhở hoặc chỉ dẫn) qua các dịch vụ được liệt kê ở trên.

**Chuyên Viên Chăm Sóc Sức Khỏe Có Bằng Hành Nghề ám chỉ người có bằng hành nghề tại California do cơ quan quy định các quy luật của California cấp, hiện hành nghề trong phạm vi ngành nghề đúng theo bằng hoặc chứng chỉ hành nghề như được định nghĩa trong Bộ Luật Về Kinh Doanh Và Nghề Nghiệp. Những người trên bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở: bác sĩ, phụ tá bác sĩ, bác sĩ hoặc bác sĩ giám sát tại các trung tâm vùng, bác sĩ chuyên khoa về bệnh nghề nghiệp, bác sĩ chuyên khoa về thể lực, bác sĩ phân tâm, bác sĩ tâm lý, chuyên viên đo mắt, bác sĩ nhãn khoa, và các y tá sức khỏe công cộng.*

**MẪU ĐƠN CHỨNG NHẬN VỀ VẤN ĐỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE
CỦA CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ TRỢ GIÚP TẠI NHÀ (IHSS)**

Tên của Người Nộp Đơn Xin/Người Thụ Hưởng:

Hồ Sơ IHSS Số:

**C. THÔNG TIN VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE (Chỉ do Chuyên Viên Chăm Sóc Sức Khỏe Có Bằng Hành Nghề
hoàn tất KHÔNG THỜI)**

**CHÚ Ý: MỤC SỐ 1 & 2 (VÀ 3 & 4, NẾU PHÙ HỢP) PHẢI ĐƯỢC HOÀN TẤT NHƯ LÀ MỘT ĐIỀU KIỆN ĐỂ ĐƯỢC THẨM
ĐỊNH CHO HƯỞNG CHƯƠNG TRÌNH IHSS.**

1. Người này có mất khả năng thi hành độc lập một hoặc một số hoạt động trong sinh hoạt hằng ngày (ví dụ như ăn uống, tắm rửa, mặc quần áo, sử dụng nhà cầu, tự đi lại, v.v.), hoặc các hoạt động hằng ngày cần sử dụng dụng cụ máy móc (ví dụ như vệ sinh nhà cửa, chuẩn bị hay nấu nướng đồ ăn, đi mua sắm thực phẩm, v.v.) không? CÓ KHÔNG

2. Theo ý kiến của quý vị, đương sự có cần sử dụng một hay một số dịch vụ trong chương trình IHSS để phòng tránh nhu cầu phải đưa đi chăm sóc ở-ngoài-nhà (Xem phần mô tả các dịch vụ IHSS ở Trang 1) không? CÓ KHÔNG

Nếu quý vị trả lời "KHÔNG" vào hoặc Câu Hỏi #1 HOẶC #2 thì xin bỏ qua Câu Hỏi #3 và #4 dưới đây, và xin hoàn tất phần còn lại của đơn này, kể cả phần cam kết trong PHẦN D, nằm ở phía dưới cùng của đơn này.

Nếu quý vị trả lời "CÓ" cho cả hai Câu Hỏi #1 VÀ #2, xin trả lời Câu Hỏi #3 và #4 dưới đây, và hoàn tất phần cam kết trong PHẦN D, nằm ở phía dưới cùng của đơn này.

3. Xin quý vị mô tả về bất cứ tình trạng thể lực và/hoặc tinh thần nào hoặc bất cứ sự giới hạn về chức năng nào trong cơ thể của người này, đã dẫn tới hoặc góp phần dẫn tới nhu cầu của đương sự cần được nhận sự trợ giúp của chương trình IHSS:

4. Quý vị có dự kiến là (những) tình trạng hoặc (những) giới hạn về chức năng của người này sẽ kéo dài tối thiểu là 12 tháng liên tục HOẶC có dự kiến là sẽ dẫn tới tử vong trong vòng 12 tháng không? CÓ KHÔNG

Xin quý vị hoàn tất Mục # 5 - 8, trong phạm vi có thể được, nhằm hỗ trợ cho cán sự IHSS trong việc xác định tình trạng hội đủ điều kiện của người này.

5. Xin mô tả các loại dịch vụ mà quý vị đang cung cấp cho người này (ví dụ: điều trị y tế, chăm sóc điều dưỡng, kế hoạch cho xuất viện, v.v.):

6. Quý vị cung cấp (các) dịch vụ cho người này đã bao lâu rồi?

7. Xin quý vị mô tả cho biết quý vị liên lạc với người này bao lâu một lần (ví dụ: hằng tháng, hằng năm, v.v.):

8. Xin cho biết ngày quý vị cung cấp dịch vụ cho người này lần cuối cùng: ____ / ____ / ____

CHÚ Ý: CÁN SỰ IHSS CÓ THỂ SẼ LIÊN LẠC VỚI QUÝ VỊ ĐỂ BỔ SUNG THÔNG TIN HOẶC ĐỂ HỎI CHO RÕ VỀ NHỮNG THÔNG TIN MÀ QUÝ VỊ CUNG CẤP Ở TRÊN.

D. PHẦN CAM KẾT CỦA CHUYÊN VIÊN CHĂM SÓC SỨC KHỎE CÓ BẰNG HÀNH NGHỀ

Bằng cách ký tên vào mẫu đơn này, tôi xin cam kết rằng tôi có bằng phép hành nghề tại Tiểu Bang California và tất cả các thông tin được cung cấp trên đây đều đúng sự thật.

Tên: _____ Chức vụ: _____

Địa chỉ: _____

Số Điện thoại: _____

Số Fax: _____

Chữ Ký: _____

Ngày: _____

Bằng Hành Nghề Chuyên Môn Số: _____

Giới Thâm Quyền Cấp Bằng Hành Nghề: _____

XIN GỬI TRẢ LẠI ĐƠN NÀY CHO CÁN SỰ IHSS CÓ LIỆT KÊ TÊN Ở TRANG 1.